

Rosilda de Fátima Rodrigues

Tereza Taborda

**INCIDÊNCIA DE *BURNOUT* EM PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM:
UM ESTUDO NO PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL DO
TRABALHADOR-CURITIBA-PR**

Monografia apresentada como requisito à
conclusão do Curso de Especialização em
Administração de Pessoas, Departamento de
Administração Geral e Aplicada, Universidade
Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Acyr Seleme

CURITIBA

2007

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom de nossas vidas.

Ao orientador, **Professor Dr. Acyr Seleme**, nossa gratidão por repartir conosco seus conhecimentos.

Ao **Governo do Estado do Paraná**, por proporcionar aos servidores esta oportunidade.

A Universidade Federal do Paraná, na pessoa da coordenadora **Professora Dra. Mirian Palmeira**.

Aos nossos familiares, e aos amigos que nos incentivaram e deram apoio.

A todos que direta ou indiretamente colaboraram para o desenvolvimento deste trabalho.

*“GRANDE ACÚMULO DE CONHECIMENTOS,
OU EXPERIÊNCIAS NÃO O TORNA UM SÁBIO.
VOCÊ GANHA APENAS O STATUS DE ESPECIALISTA,
QUE PROLIFERA EM NICHOS BUROCRÁTICOS DE
GRANDES CORPORAÇÕES, UNIVERSIDADES E GOVERNOS.
A GRANDE MÁGICA É JUNTAR A TEORIA (CONHECIMENTO) E
A PRÁTICA (EXPERIÊNCIA), A INTENÇÃO E A
AÇÃO NUMA COISA RIQUESSIMA, CHAMADA,
SABEDORIA.”*

ROBERTO WONG

SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS.....vi

LISTA DE TABELAS.....vii

RESUMO.....viii

1 . INTRODUÇÃO.....1

1.1. OBJETIVOS.....2

1.1.1.Objetivo Geral.....2

1.1.2.Objetivos Específicos.....2

1.2. JUSTIFICATIVA.....3

2. BASE TEÓRICA EMPÍRICA.....4

2.1 ESTRESSE.....4

2.2 SÍNDROME DE BURNOUT.....5

2.2.1 Manifestações e desenvolvimento do Burnout.....7

2.3 ADOECIMENTO E DESGASTE PROFISSIONAL.....9

2.4 O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM.....11

2.5 PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO NA SÍNDROME DE BURNOUT.....13

3. METODOLOGIA.....16

3.1 INSTRUMENTOS.....16

3.2 POPULAÇÃO.....16

3.3 COLETA DE DADOS.....17

3.4 ANÁLISE DE DADOS.....17

3.5 LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....17

4. DESCRIÇÃO DA EMPRESA E ANÁLISE DE DADOS.....18

4.1 A EMPRESA.....18

4.1.1 Histórico.....18

4.1.2 Descrição.....19

4.1.3 Missão Institucional.....21

4.2 ANÁLISE DE DADOS.....22

4.2.1 Características sócio-demográficas.....22

4.2.2 Considerações Iniciais Sobre o Teste MBI.....23

4.2.3 Apresentação e análise dos resultados do MBI.....24

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....30

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....32

ANEXOS.....33

ANEXO I – MBI.....34

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1- DISTRIBUIÇÃO POR SEXO, IDADE, DA	
AMOSTRA PESQUISADA.....	23
GRÁFICO 2- EXAUSTÃO EMOCIONAL.....	27
GRÁFICO 3- DESPERSONALIZAÇÃO.....	28
GRÁFICO 4- REALIZAÇÃO PROFISSIONAL.....	29

LISTA DE TABELAS

**TABELA 1- DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL POR SEXO, IDADE, DA
AMOSTRA PESQUISADA (N=38).....22**

**TABELA 2- RESULTADOS OBTIDOS NAS DIMENSÕES
EXAUSTÃO EMOCIONAL, DESPERSONALIZAÇÃO E
REALIZAÇÃO PROFISSIONAL NA AMOSTRA PESQUISADA
(N=38).....25**

TABELA 3- ANÁLISE DE DADOS DE EXAUSTÃO EMOCIONAL.....26

TABELA 4- ANÁLISE DE DADOS DE DESPERSONALIZAÇÃO.....27

TABELA 5- ANÁLISE DE DADOS DE REALIZAÇÃO PROFISSIONAL.....28

RESUMO

Este estudo, da incidência de *Burnout* em profissionais da enfermagem de pronto socorro, foi realizado no Hospital do Trabalhador, um hospital público em Curitiba, com 38 profissionais de saúde, entre auxiliares de enfermagem, técnicos e enfermeiros. O questionário foi aplicado no próprio ambiente de trabalho nos três turnos, manhã, tarde e noite. Estes profissionais estão sujeitos em função das atividades que desempenham, a um desgaste físico e emocional que pode levar ao esgotamento, ao estresse laboral e a Síndrome de *Burnout*. Foi aplicado o inventário de *Burnout* de Maslach (MBI). Houve prevalência do sexo feminino (76,3%), para (23,7%) do sexo masculino na população estudada e o predomínio da faixa etária entre 20 a 29 anos (47,4%). Os resultados indicam a incidência de *Burnout* em 7,9% da amostra pesquisada, sendo 2 profissionais do sexo feminino e 1 masculino. Se considerado os resultados dos fatores Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Profissional podemos observar que não existe a incidência da Síndrome de *Burnout* em (92,1%) da população estudada.

Palavras chaves: *Burnout*, esgotamento, incidência, enfermagem

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome de *Burnout* se refere a um tipo de estresse ocupacional e institucional com predileção para profissionais que mantêm uma relação constante e direta com outras pessoas, principalmente quando esta atividade é considerada de ajuda como a dos profissionais da área de saúde.

MASLACH E LEITER (1999) e BENEVIDES-PEREIRA (2002) destacam a ocorrência de *Burnout* com relativa frequência nos profissionais que desenvolvem atividades em contato direto com seus usuários nas organizações de serviços, deteriorando significativamente a qualidade do serviço que a organização oferece aos seus clientes e, como consequência, a qualidade de vida do trabalhador. BENEVIDES-PEREIRA e MORENO-JIMÉNEZ (2002) investigam *Burnout* nos grupos de profissões em que a atividade é de prestação de cuidados e assistência à saúde, como enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e médicos. Esses profissionais são legalmente capacitados e autorizados a prestarem um serviço especializado e atendem às solicitações dos usuários como proteção e amparo, o que caracteriza o ato ou efeito de assistir.

De maneira geral a maioria dos autores concorda que *Burnout* é uma síndrome característica do meio laboral, e que é um processo que se dá em resposta a cronificação do estresse ocupacional, trazendo consigo consequências negativas tanto em nível individual, como profissional, familiar e social.

Não existe uma definição unânime sobre a Síndrome de *Burnout*, existe um consenso em considerar que aparece no indivíduo como resposta ao estresse laboral. A maneira como ela se instala é lenta e gradual. É preciso considerar a síndrome como processo, esses momentos não se estabelecem de forma clara e distinta entre uma etapa ou outra, ou de um momento ao outro, os sintomas vão surgindo e oscilando com intensidade variável.

O sofrimento no trabalho acompanha a história da forma como o homem sobrevive, trazendo o tempo da úlcera, o tempo do estresse e, a partir da década de 80, o tempo de *Burnout* (CODO, 1999).

À medida que se focaliza a relação com o usuário e novas competências do trabalhador, a tendência é necessitar da criatividade, da capacidade reflexiva do

próprio trabalhador, de seu efetivo envolvimento e, em última análise, de sua própria saúde. Em outras palavras, a saúde mental deste trabalhador passa, então, a ser necessidade da organização para atingir seus objetivos, daí a relevância socioeconômica para os estudos sobre a saúde mental no trabalho focalizando os profissionais de algumas áreas, especialmente os da saúde.

Diante deste contexto, este trabalho propõe-se o seguinte **problema de pesquisa**: qual o grau de incidência de *Burnout* em profissionais de enfermagem do Pronto Socorro do Hospital do Trabalhador, localizado em Curitiba-PR?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Estudar a incidência da Síndrome de *Burnout*, em profissionais da enfermagem, que atuam no Pronto Socorro do Hospital do Trabalhador, em Curitiba-PR.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Aplicar o inventário de *Burnout* de Maslach (MBI) e analisar segundo o inventário de Maslach *Burnout* (MBI), a incidência da Síndrome de *Burnout* em suas três dimensões, exaustão emocional, despersonalização e falta de realização no trabalho.
- Verificar a incidência da Síndrome de *Burnout* nos profissionais da enfermagem do Pronto Socorro do Hospital do Trabalhador.

1.2 JUSTIFICATIVA

A enfermagem foi classificada pela Health Education Authority, como a quarta profissão mais estressante, no setor público. Alguns componentes são conhecidos como ameaçadores ao meio ambiente ocupacional da enfermagem, entre eles o número reduzido de profissionais no atendimento em saúde, excesso de atividades que executam, salários achatados que obrigam os profissionais a terem mais de um vínculo de trabalho, resultando em uma carga mensal longa e desgastante.

O Hospital do Trabalhador, um pronto socorro público, que responde por 40% do trauma de Curitiba e região metropolitana, localizado na região sul, com média de 3.900 atendimentos mês, conta com 40 profissionais da área de enfermagem no pronto socorro, distribuídos em três turnos, para dar suporte aos atendimentos.

Estas pessoas estão sujeitas a um nível de estresse elevado, pela complexidade e urgência dos procedimentos. São os profissionais da linha de frente nos atendimentos de emergência junto com o corpo médico. Sem dúvida um trabalho desgastante que pode levar ao esgotamento, ao estresse laboral e a Síndrome de *Burnout*.

2. BASE TEÓRICA EMPÍRICA

2.1. ESTRESSE

Uma reação psicológica com componentes emocionais, físicos, mentais e químicos é a forma como LIPP(1984) define estresse. A autora diferencia eustresse de distresse – o eustresse se identifica quando estímulos estressores e agressores contribuem para o bom desempenho do indivíduo, contribuindo com novas idéias e estratégias que somam ao desenvolvimento do ser. O segundo denominado distresse, é caracterizado quando as respostas exigidas por determinados estímulos, ultrapassam a capacidade de resistência e de adaptação do organismo, podendo desta forma, ocasionar o desenvolvimento de patologias ligadas ao estresse. A ação interpretativa que o indivíduo faz dos estímulos somada as características dos mesmos, são elementos chaves para a determinação do distresse ou eustresse.

O estresse pode ser entendido como um estado de desequilíbrio da pessoa, que se desenvolve quando esta é submetida a uma série de tensões suficientemente persistentes. Para o desenvolvimento do estresse patológico, pressupõe-se que seja necessária uma certa predisposição pessoal, sem a qual os agentes estressores ocasionais não seriam capazes por si só de produzir a reação de estresse, verificando ainda as características das condições emocionais atuais e qualidade psíquica de cada indivíduo (BALLONE, 2001).

Para SCHAUFELI E BUUNK (2003), o estresse ocupacional ocorre quando há um confronto entre as demandas do trabalho e os recursos adaptativos da pessoa. O termo é genérico e refere-se a um processo temporário de adaptação acompanhado de sintomas físicos e mentais.

Sabe-se que o excesso de trabalho pode estar associado ao aumento de acidentes e problemas de saúde, observando-se que há atividades que são mais estressantes do que outras. O ambiente de trabalho, as relações interpessoais, o nível de responsabilidade, o não reconhecimento de certas qualidades pessoais, são situações estressantes que podem provocar alterações psicológicas e fisiológicas como quebra de auto-estima e hipertensão arterial (SANTOS, 1994).

Em relação às demandas de trabalho, estas se referem à execução do trabalho em si, entre os estressores presentes no desempenho da atividade, a sobrecarga de trabalho, tanto em termos qualitativos como quantitativos, aparece freqüentemente associada ao estresse. O excesso de horas trabalhadas reduz a oportunidade de apoio ao indivíduo, causando insatisfação, tensão e outros problemas de saúde. Por outro lado, a falta de estímulos e a falta de trabalho podem causar sensação de tédio e resultar em estresse patológico e doença (LAURELL & NORIEGA, 1989).

2.2. SÍNDROME DE BURNOUT

Ainda que não exista uma definição única sobre *Burnout*, já há um consenso de que se trata de uma resposta ao estresse laboral crônico, contudo não deve ser confundido com estresse e nem tampouco tratá-lo como sinônimo.

Burnout foi o termo utilizado, primeiramente em 1974, por FREUDENBERGER, que descreveu como sendo um sentimento de fracasso e exaustão causada por um excessivo desgaste de energia e de recursos, observando como o sofrimento existente entre os profissionais que trabalhavam diretamente com pacientes dependentes de substâncias químicas. Esses trabalhadores reclamavam que já não conseguiam ver seus pacientes como pessoas que necessitavam de cuidados especiais, uma vez que estes não se esforçavam em parar de usar drogas. Falavam que devido à exaustão, muitas vezes desejavam nem acordar para não terem que ir para o trabalho. Ainda pela impossibilidade de alcançar os seus objetivos, sentiam-se incapazes de modificar o status quo; sentiam-se derrotados.

FREUDENBERGER (1974), afirma que *Burnout* é resultado de esgotamento, decepção e perda de interesse pela atividade de trabalho que surge nas profissões que trabalham em contato direto com pessoas em prestação de serviço como consequência desse contato diário no seu trabalho.

AMORIM E TURBAY (1998), afirmam que a Síndrome de *Burnout* é uma experiência subjetiva que agrupa sentimentos e atitudes implicando alterações, problemas e disfunções psicofisiológicas com consequências nocivas para a pessoa e a organização, sendo que esta afeta diretamente a qualidade de vida do indivíduo. Por

isso, é necessário um estudo também filosófico onde se explicita a natureza humana e, principalmente, as dinâmicas interpessoais que possam interferir no desempenho e produtividade no trabalho.

Compreender o *Burnout* é entendê-lo como uma experiência subjetiva do trabalhador que recebe influência direta do mundo do trabalho como condição para a determinação dessa síndrome. Tanto para o estresse como para o *Burnout*, é difícil estabelecer um consenso entre autores quanto à definição e modelos explicativos; entretanto, são subdivididos em quatro concepções: clínica, sócio-psicológica, organizacional e sócio-histórica (CARLOTTO, 2002).

Na concepção clínica, o *Burnout* é caracterizado como um conjunto de sintomas (baixa auto-estima, fadiga física e emocional, falta de entusiasmo pelo trabalho, sentimento de inutilidade) que ocorre em função da atividade laboral, representando um estado de exaustão resultante de trabalho incessante, ficando para um segundo plano até as próprias necessidades do indivíduo (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Na concepção sócio-psicológica da síndrome, considerando o comportamento do indivíduo dentro de um campo social por ele influenciado, mas igualmente reagindo a ele e transformando-o, o *Burnout* é conceituado como uma reação à tensão emocional crônica produzida a partir do contato direto e excessivo com outros seres humanos, uma vez que cuidar exige tensão emocional constante, atenção perene e grande responsabilidade profissional (MASLACH e LEITER, 1999). Já na concepção organizacional, que examina o comportamento humano nas organizações de trabalho com ênfase na interação das características do trabalhador, na natureza do trabalho, na estrutura organizacional e no ambiente externo, é considerado que os sintomas que compõem o *Burnout* são respostas possíveis para o trabalho estressante, frustrante ou monótono em que o sujeito tem liberdade para agir mas com uma tarefa impossível de realizar (CHERNIS, 1996).

A concepção sócio-histórica considera o homem construído socialmente dentro de um tempo histórico, cujas condições sociais atuais são cada vez mais individualistas e competitivas não sendo perceptível o interesse de uma pessoa para ajudar outra, sendo difícil manter o comprometimento no trabalho de servir os demais. BENEVIDES-PEREIRA (2002:36), referindo-se à concepção sócio-histórica,

diz que “*ocupações voltadas para a ajuda e o desenvolvimento do próximo, que se aproximam de uma perspectiva comunitária, são incompatíveis com os valores predominantes na sociedade atual*”.

Em resumo, o *Burnout* pode ser entendido como um fenômeno multifacetado, resultante do desempenho das atividades de cuidado profissionalizadas, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e professores. Manifestam-se por meio de uma conjunção de sintomas físicos (fadiga constante, distúrbios do sono, dentre outros), sintomas psíquicos (falta de atenção, alterações da memória, dentre outros), sintomas comportamentais (negligência ou excesso de escrúpulos, irritabilidade e outros) e sintomas defensivos (tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, dentre outros) (CODO, 1999; BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Na literatura especializada, há indicação de que o *Burnout* ocorre em trabalhadores altamente motivados que reagem ao estresse laboral trabalhando ainda mais, até que entrem em exaustão. Ocorre uma discrepância individual entre o esforço realizado pelo trabalhador e a consequência do trabalho desenvolvido (FARBER, 1999). Apesar da diversidade de conceituações atribuídas ao *Burnout*, a influência direta do trabalho como condição para a determinação da síndrome é unânime entre os pesquisadores (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; GIL-MONTE, 2002), sendo *Burnout* considerada uma experiência individual específica do contexto do trabalho (MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001; BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

2.2.1 Manifestações e desenvolvimento do Burnout

Alguns autores consideram arbitrária a distinção entre os sintomas e as consequências do *Burnout*, abordando esses aspectos como manifestações agrupadas em afetivas, cognitivas, físicas, comportamentais, sociais, atitudinais, organizacionais e do trabalho (TAMAYO e TRÓCCOLI, 2002).

Para TAMAYO e TRÓCCOLI (2002), as principais manifestações afetivas são humor depressivo, desesperança, falta de significado, ansiedade e os

sentimentos de impotência no trabalho, acompanhados de uma baixa auto-estima. Os autores relatam que as pessoas com *Burnout* reduzem sua tolerância à frustração, mostrando-se irritáveis, hipersensíveis e comportam-se com desconfiança e hostilidade para com seus clientes, colegas e superiores. Em relação às manifestações cognitivas, são relatadas dificuldades de concentração, perda de memória, dificuldade para tomar decisões, presença de tiques nervosos, agitação e incapacidade para relaxar.

MASLACH e LEITER (1999) enfatizaram que os profissionais com *Burnout* evitam contatos sociais e correm o risco de se isolarem, pois o envolvimento com as pessoas está reduzido. Relatam que as manifestações comportamentais são desumanização, insensibilidade, indiferença e cinismo no trato com os clientes. SCHAUFELI e BUUNK (2003) complementam que, do ponto de vista comportamental ocorrem abuso de drogas, conduta de evitação, hiperatividade, dificuldade para controlar as emoções e irritação. Afirmam ainda que as principais manifestações sociais são problemas com clientes, colegas, superiores e subordinados.

Para BENEVIDES-PEREIRA (2002), as características pessoais tais como idade, sexo, nível educacional, estado civil, filhos e personalidade, não são em si mesmo desencadeantes do fenômeno, mas facilitadores ou inibidores da ação dos agentes estressores. Observa-se em estudos desenvolvidos por MASLACH, SCHAUFELI e LEITER (2001) maior incidência de *Burnout* em profissionais jovens, principalmente nos que ainda não atingiram 30 anos. Com relação ao gênero, não tem ocorrido unanimidade quanto à possibilidade de maior incidência no sexo masculino ou feminino. De um modo geral, evidências demonstram que as mulheres têm apresentado pontuação mais elevada em exaustão emocional e os homens em despersonalização; diferenças essas que podem ser explicadas pelos papéis socialmente prescritos. Para BENEVIDES-PEREIRA (2002), o fato de as mulheres expressarem mais livremente suas emoções poderia ser uma fonte de dificuldades e conflitos, o que permitiria alívio nos sentimentos de raiva, hostilidade e indignação, enquanto no sexo masculino, essas emoções acabariam sendo demonstradas de forma inadequada, após atingir um nível insuportável.

Com relação ao nível educacional, pesquisas desenvolvidas por MASLACH, SCHAUFELI e LEITER (2001) relatam maior propensão ao *Burnout* nas pessoas que possuem nível educacional mais elevado do que nas de nível mais baixo. Outra variável observada refere-se ao estado civil. Segundo eles, geralmente atribui-se ao casamento, ou ao fato de se ter um companheiro(a) estável, uma menor propensão ao *Burnout*, ou seja, os maiores valores na síndrome têm sido identificados nos solteiros, viúvos ou divorciados. O fato de ter ou não filhos, assim como o número desses, são variáveis controvertidas. BENEVIDES-PEREIRA (2002) sugere que o fato de ter filhos equilibra o profissional, possibilitando melhores estratégias de enfrentamento das situações conflitivas e dos agentes estressores ocupacionais.

2.3 ADOECIMENTO E DESGASTE PROFISSIONAL

A organização do trabalho é relevante na questão da análise do sofrimento psíquico e carga mental, considerando que, em nossas sociedades o índice e a qualidade da produtividade logo se transformam em normas de produção, tendo como prioridade à expansão econômica do sistema, visando a melhora dos resultados.

As contribuições de MASLACH e LEITER (1999), na compreensão do adoecimento de homens e mulheres com desgaste físico e emocional, orientam para a identificação de causas localizadas mais no ambiente de trabalho do que no próprio indivíduo, havendo maior probabilidade onde existir um desequilíbrio entre as exigências do trabalho desenvolvido e as pessoas que o realizam. Enfatizam que as causas do desgaste localizadas no ambiente de trabalho têm suas origens em seis pontos de desequilíbrio: 1) excesso de trabalho, 2) falta de controle, 3) remuneração insuficiente, 4) colapso da união, 5) ausência de equidade e 6) valores conflitantes. O excesso de trabalho é uma questão identificada pelos autores com significado de produtividade para a empresa e de tempo e energia investidos pelo trabalhador. A busca do equilíbrio entre esses dois pontos de vista – do trabalhador e da empresa – é um desafio para a manutenção de uma relação equilibrada com o trabalho. Atualmente, a organização do trabalho caracteriza atividades complexas e intensas,

exigindo mais tempo do trabalhador. Isso gradualmente produz exaustão emocional, criativa ou física, reduzindo sua energia no que diz respeito à eficiência, saúde e bem-estar. As pessoas que sofrem a exaustão do desgaste físico e emocional relatam problemas de saúde crônicos, tais como insônia, tensão, dor de cabeça, pressão alta, úlcera e maior suscetibilidade a gripes e resfriados.

Para MINTZBERG (1988), as burocracias profissionalizadas requerem uma série de condições no ambiente e no clima organizacional para ser funcional. Assim, o ambiente em que está imersa a organização deve ser estável, para permitir que as habilidades e procedimentos possam ser padronizados. Por outro lado, os conhecimentos nos quais se baseia a organização, são complexos, e a organização perde seu caráter de burocracia profissionalizada, determinado por um serviço de atenção personalizada ao usuário.

Uma variável importante neste nível é a socialização laboral, PEIRÓ (1986), sugere que este é o processo por meio do qual o novo membro aprende a escala de valores, as normas e as pautas de conduta exigida pela organização a que se incorpora. Em diferentes trabalhos se tem indicado que a Síndrome de *Burnout* se contagia entre os profissionais, através de mecanismos de modelo e aprendizagem por observação durante os processos de socialização laboral.

Para CARLOTTO e GOBBI (1999), a Síndrome de *Burnout* apresenta-se hoje como um dos grandes problemas psicossociais no Brasil, e tem sido definido como um fenômeno multidimensional, formado por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e diminuição do sentimento de realização profissional no trabalho. A variável mais crítica é a relação entre o ocupante do cargo e a sua clientela. As características do papel consistem em sobrecarga, ambigüidade e conflito.

Essas atitudes quebram o vínculo de motivação e interesse do indivíduo com o trabalho, podendo alterar o ritmo e seu estado biológico (CAÑETE, 2001). Quando não é mais possível de se estabelecer à compatibilidade do indivíduo com o trabalho, nasce o sofrimento, ocasionando sentimentos de desprazer, tensão, estresse laboral, frustração entre outros.

Deve-se analisar como o ser humano é afetado, para desempenhar a atividade que executa. Os conflitos entre o regime da organização de trabalho e a

necessidade de atingir as metas determinadas pelo sistema, somada a exigência pessoal, desempenho, ritmo, produção e rendimento que o trabalhador acaba desenvolvendo por causa da própria exigência da organização (MASLOW,2000).

O trabalho significa necessidade e razão de vida, envolvendo ainda os ideais, objetivos, metas e perspectivas pessoais de cada ser humano (DEJOURS,1987). Portanto o autor define que a carga mental do trabalho e o sofrimento psíquico estão ligados por problemas que nascem das reações adversas entre a história individual de cada um, sua necessidade de prazer e a história da sociedade e sistemas organizacionais que tendem a adaptar o homem ao trabalho.

Os fatores subjetivos e psicossociais que vem sendo identificadas nas situações de trabalho estabelecem a integração do indivíduo com o meio organizacional. Quando os ideais e metas dos indivíduos são antagônicos as normas do sistema, o ambiente e condições de trabalho tornam-se ameaçador, levando a modelos mentais às vezes nocivos e influenciados pela cultura da organização. Consequências como frustração, insatisfação, desmotivação e mudança de comportamento, refletem diretamente na organização do trabalho (CARVALHO,1995).

No Brasil, as leis de auxílio ao trabalhador contemplam esta síndrome no decreto nº 3.48/99, de 06 de maio de 1996. Dispõe sobre a Regulamentação da Previdência Social, em seu Anexo II, que trata dos *Agentes Patogênicos causadores de Doenças Profissionais, conforme previsto no Art. 20 da Lei nº 8.213/91*, ao se referir aos transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho (Grupo V da CID10), no inciso XII aponta a *Sensação de Estar Acabado* (“*Síndrome de Burn-out, Síndrome do Esgotamento Profissional*”) (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

2.4 O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM

A enfermagem, em cuja essência encontra-se o cuidado, teve seu marco para conformação enquanto profissão, na década de 20, quando enfermeiras norte americanas implantaram o sistema nightingaliano, com a criação da Escola de

Enfermagem Ana Nery, no Rio de Janeiro. Anteriormente as funções exercidas no cuidado com o paciente se davam por mulheres, donas de casa ou religiosas, sem nenhum preparo científico.

A lógica capitalista encontrou ainda terreno fértil na enfermagem brasileira, que tem suas raízes no sentimento de religiosidade, que muito marcou seu espírito até hoje. Ressaltavam-se como as qualidades do bom profissional a obediência, o respeito à hierarquia, a humildade, o espírito de servir, disciplinado, obediente e alienado. Em função disso, até hoje, os trabalhadores da enfermagem enfrentam sérias dificuldades de ordem profissional, com uma organização política frágil, com baixa remuneração e quase sem autonomia. E ainda que o exercício da profissão de enfermagem requeira boa saúde física e mental, raramente recebem a proteção social adequada para seu desempenho. Ou seja, apesar de exercerem atividades estafantes, muitas vezes em locais inadequados, não recebem a proteção e atenção necessárias para evitar os acidentes e as doenças decorrentes das atividades.

MASLACH e LEITER (1999) demonstram que, quando os trabalhadores sofrem de desgaste físico e emocional, eles não são os únicos responsáveis pela fadiga, pela raiva e pela atitude de indiferença que adotam. Para esses autores, tal desgaste é sinal de uma disfunção importante no ambiente das organizações e, portanto, revelam mais sobre o local de trabalho do que sobre os que nele trabalham.

Outra perspectiva entende que a Síndrome de *Burnout* como um processo que se desenvolve na interação de características de ambiente de trabalho e características pessoais. Toma-se como referencia o conceito adotado por MASLACH e JAKSON (1994), segundo os quais é um problema que atinge profissionais de serviço, principalmente aqueles voltados para atividades de cuidado com outros, no qual a oferta do cuidado ou serviços freqüentemente ocorre em situações de mudanças emocionais. Ajudar outras pessoas sempre foi reconhecido como objetivo nobre, mas apenas recentemente tem sido dada atenção para os custos emocionais da realização do objetivo.

Alguns componentes são conhecidos como ameaçadores ao meio ambiente ocupacional, entre os quais o número reduzido de profissionais da enfermagem no atendimento em saúde, em relação ao excesso de atividades que executam, as

dificuldades em delimitar os diferentes papéis entre enfermeiros, técnicos e auxiliares da enfermagem.

Para MASLACH e LEITER (1999), o colapso da união entre os profissionais fragmenta as relações pessoais, componente básico da união em uma organização. A interação entre os integrantes do grupo de trabalhadores é elemento essencial de sua experiência pessoal na organização e, onde não há união, provavelmente não haverá um compromisso com o trabalho conjunto. Isso pode gerar conflitos entre objetivos ou estratégias para alcançar objetivos grupais. Enquanto o conflito não estiver resolvido, o grupo utilizará uma quantidade de energia para debater questões e fazer intrigas sobre os problemas – o que trará impacto no consumo da energia que poderia ser utilizada no trabalho e aumento de produtividade.

2.5 PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO NA SÍNDROME DE BURNOUT

MASLACH e LEITER (1999), discorrem sobre os custos implicados na indiferença ao problema por parte da organização e defendem que a melhor forma de preveni-lo e tratá-lo é considerá-lo como um problema coletivo e organizacional e não como individual.

O *Burnout* é uma extremidade no *continuum* da relação que as pessoas estabelecem com seus empregos. Na outra extremidade está o estado positivo de envolvimento com o trabalho, com suas três dimensões de energia, envolvimento e eficácia. Uma implicação importante do *continuum Burnout-envolvimento* é que as estratégias para promover o envolvimento podem ser tão críticas para a prevenção do *Burnout* quanto as estratégias para redução do risco dele.

As investigações desenvolvidas sobre o fenômeno *Burnout* (BENEVIDES - PEREIRA, 2002; GARROSA-HERNÁNDEZ *et al.*, 2002; GIL-MONTE, 2002; KUROWSKI e MORENO-JIMÉNEZ, 2002; LIPP, 2003; SCHAUFELI e BUUNK, 2003) permitem estabelecer linhas de intervenção e prevenção diferenciadas. Dentro de uma perspectiva psicossocial, os diferentes elementos que compõem o processo resultante de um contexto laboral desfavorável podem ser isolados de características individuais, do tipo de enfrentamento utilizado pelo profissional, assim

como da relação entre essas variáveis. Segundo BENEVIDES-PEREIRA(2002) as intervenções e os programas preventivos enfatizam três níveis: programas centrados na resposta do indivíduo, no contexto ocupacional e na interação do contexto ocupacional e o indivíduo.

Os programas centrados na resposta do indivíduo consistem basicamente na aprendizagem, por parte do profissional, de estratégias de enfrentamento adaptativas diante de agentes estressantes, conseguindo prevenir as respostas negativas associadas aos efeitos do estresse. Por outro lado, os programas centrados no contexto ocupacional enfatizam a necessidade de modificar a situação em que se desenvolvem as atividades, principalmente nos aspectos relativos à organização tais como ambiente e clima de trabalho. Os programas centrados na interação do contexto ocupacional e o indivíduo têm como objetivo entender o *Burnout* como resultante da relação do sujeito e o meio laboral, evidenciando a modificação das condições ocupacionais, a percepção do trabalhador e a forma de enfrentamento diante das situações de estresse ocupacional de forma integrada (GARROSA-HERNÁNDEZ *et al.*, 2002). SCHAUFELI e BUUNK (2003) ressaltam que a eficácia da intervenção com abordagem individual para combater o *Burnout* estabelece-se com maior resolutividade quando é realizada também a abordagem organizacional. MASLACH e LEITER (1999) confirmam a necessidade de realizar intervenções no profissional assim como em seu ambiente de trabalho, salientando que as soluções para o problema baseiam-se no contexto social de trabalho.

Ainda segundo MASLACH e LEITER (1999) os programas podem ser considerados preventivos e interventivos em função da fase de atuação sobre o *Burnout*, denominando-se prevenção primária, secundária e terciária. Caso o programa objetive reduzir os fatores de risco para *Burnout*, ou seja, modificar a natureza do estressor, antes que seja percebida como tal. Esta fase é denominada prevenção primária. Se a atuação do programa ocorrer sobre a resposta da pessoa e no contexto de trabalho, com percepção do estresse pelo profissional, mas ainda sem evidências de sintomatologia, a prevenção é considerada secundária. Caso já existam sintomas efetivos e a perda do bem estar e da saúde estejam comprovadas por evidências, essa fase é denominada de prevenção terciária, conforme postula KAPLAN (1964) ou, de acordo com a posterior nomenclatura proposta por

SCHAUFELI e ENZMAN (1998), tratamento. Esses autores incluem ainda a fase que implica a preparação para o retorno ao lugar de trabalho com necessidade de adaptação e mudanças individuais, sendo denominada fase de reabilitação.

Em se tratando de formas de prevenção de *Burnout*, FRANÇA e RODRIGUES (1997) acrescentam: aumentar a variedade de rotinas, para evitar a monotonia; prevenir o excesso de horas extras; dar suporte social às pessoas; melhorar as condições sociais e físicas de trabalho e investir no aperfeiçoamento profissional pessoal dos trabalhadores.

Para que as organizações priorizem a prevenção e tratamento do *Burnout*, TAMAYO e TRÓCCOLI (2002) informam que será necessário que pesquisas atuais sobre o fenômeno se direcionem para a investigação da influência de variáveis concernentes ao vínculo indivíduo-organização, pois dessa forma, esses estudos viabilizarão o desenvolvimento de modelos mais complexos referentes ao processo de *Burnout* no contexto laboral brasileiro e assim esse fenômeno deixará de ser identificado unicamente como ligado às características de personalidade do indivíduo, ou ao vínculo do profissional com os usuários, e será tratado como um problema derivado da relação do indivíduo com o trabalho e com a organização.

3. METODOLOGIA

Problema de pesquisa: qual o grau de incidência de *Burnout* em profissionais de enfermagem do Pronto Socorro do Hospital do Trabalhador, localizado em Curitiba-PR?

3.1 INSTRUMENTOS

Para atender os objetivos propostos neste estudo, utilizou-se como instrumento de coleta de dados o MBI (*Maslach Burnout Inventory*): O MBI (MASLACH e LEITER, 1999) é um instrumento auto-aplicável que vem sendo utilizado em todo o mundo, adaptado e traduzido a diversos idiomas, inclusive o Português. O questionário MBI (MASLACH e LEITER, 1999) é constituído de 22 itens, compostos de enunciados propostos, cada um acompanhado de uma escala do tipo Likert de sete pontos, indo de “0” como “nunca” a “6” como “todos os dias”. De seus 22 itens, nove são relativos à dimensão *Exaustão Emocional* (EE), cinco à *Despersonalização* (DE) e oito à *Realização Profissional* (RP).

Ao MBI (Anexo 1) foi acrescentado um questionário de dados sócio-demográficos para obtenção de dados referentes a sexo, idade, estado civil, e dados profissionais para saber total de horas de trabalho semanais.

3.2 POPULAÇÃO

Participaram deste estudo, 38 dos 40 profissionais da enfermagem (07 enfermeiros, 08 técnicos e 23 auxiliares), que desempenham suas atividades no pronto socorro do hospital, nos três turnos.

3.3 COLETA DE DADOS

A aplicação do questionário foi realizada no local e horário de trabalho dos profissionais da enfermagem.

3.4 ANÁLISE DE DADOS

Uso de Estatística descritiva e interpretação de resultados.

3.5 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

O uso de questionários de auto-avaliação, apesar de serem instrumentos de fácil aplicação, não possuem forma de controle por parte do pesquisador, ficando a cargo dos pesquisados o fator sinceridade em suas respostas.

Outro aspecto relevante foi à aplicação dos questionários, feita durante o horário de trabalho, no próprio local, nos turnos da manhã, tarde e noite, em dias escolhidos aleatoriamente.

O fluxo do pronto socorro, com maior ou menor número de intercorrências e atendimentos, pode ter influência nas respostas.

Os questionários foram respondidos indistintamente por enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares, dificultando estudo de variáveis como grau de instrução e responsabilidade, incidindo sobre as respostas.

4. DESCRIÇÃO DA EMPRESA E ANÁLISE DE DADOS

4.1A EMPRESA

4.1.1 Histórico

Em 18 de janeiro de 1947, foi fundado o Sanatório Médico-Cirúrgico do Portão. O prédio foi inicialmente construído com a finalidade de abrigar uma Escola Agrícola. Naquele período, porém, o Brasil passava por uma fase epidêmica de tuberculose e a necessidade de um centro especializado para atendimento aos pacientes portadores daquela moléstia, alteram a sua finalidade.

Com o controle da doença, na década de 80, o Sanatório se tornou o Hospital Geral do Portão, quando passou a atender quatro especialidades básicas: Pediatria, Clínica Médica, Cirurgia Geral e Infectologia, contando inclusive com leitos disponíveis para o tratamento de AIDS.

Em Dezembro de 1994, quando a inauguração da Maternidade, o Hospital passou se chamar MAURO SENNA GOULART.

Em 1997, o Hospital abraça mais um desafio, firmando parceria com o Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio-Palatal (CAIF) e a Associação de Reabilitação e Promoção Social do Fissurado Lábio Palatal (AFISSUR). A partir dessa parceria o Hospital passou a garantir a intervenção cirúrgica aos portadores de fissuras lábio palatais e defeitos da face, recuperando as funções do ouvido, nariz e garganta.

Em 12 de agosto de 1997, foi celebrado o Convênio n.º29/97 entre o Governo do Estado do Paraná, através da Secretaria do Estado da Saúde (SESA), a prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), e a Universidade Federal do Paraná (UFPR), através da Fundação da Universidade Federal do Paraná para o Desenvolvimento e Pesquisa (FUNPAR).

O objetivo deste convênio é desenvolver atividades de atendimento à saúde do trabalhador, através da prevenção, assistência e reabilitação, de pesquisa, de extensão e de ensino de disciplinas curriculares de graduação e pós-graduação.

4.1.2 Descrição

O Hospital Mauro Senna Goulart passa, a partir da assinatura do convênio, a ser denominado HOSPITAL DO TRABALHADOR.

A conjunção de esforços das partes convenientes é concentrada no sentido de adotar o Hospital, e por consequência a região Sul de Curitiba, de um Pronto Socorro e de Unidades de Internamentos capazes de maximizar a sua utilização.

O atendimento voltado ao trabalhador, quando de acidentes e doenças do trabalho e do público em geral, bem como a capacitação discente e de pessoal técnico administrativo, sob o acompanhamento de professores da Universidade Federal do Paraná.

Aos serviços já existentes, nas áreas de atendimento materno-infantil, infectologia, cirurgias de correção de defeitos congênitos de face, foi agregada uma nova missão: a de transformar o HT num centro de excelência no atendimento a acidentados em geral, e em especial aos acidentes e doenças do trabalho.

Com a parceria firmada pelo convênio n.º 29/97, nos últimos nove anos, houve um grande aumento na capacidade de internamentos. A quantidade de leitos passou de 88 para 175 e o número de atendimentos foi crescendo na mesma proporção que novas tecnologias e novos equipamentos foram introduzidos no Hospital, melhorando a infra-estrutura e a capacitação profissional,

Foram investidos R\$ 7,3 milhões em equipamentos médicos, hospitalares e instalações físicas. Atualmente o HT é reconhecido como um dos melhores serviços de trauma do país, e a parceria estabelecida tem sido valorizada pelo Ministério da Saúde como um exemplo bem sucedido de “Modelo de Gestão” para o setor hospitalar do Sistema Único de saúde (SUS), no Brasil.

As especialidades médicas desenvolvidas no Hospital são: Maternidade, Infectologia, Pediatria, Clínica Cirúrgica, UTI Adulto, UTI Neo Pediátrica, pronto Socorro, Emergências e a Unidade Saúde do trabalhador, com ambulatório para problemas crônicos insidiosos e principalmente no atendimento à mão.

O convênio permitiu a implantação de um Pronto Socorro de trauma no Hospital do trabalhador, que passa atender a uma demanda da comunidade e da própria UFPR que buscava meios para ampliar a formação e o treinamento dos

alunos do curso de Medicina e Residência Médica, especialmente da área de Cirurgia e Ortopedia.

Em 1999 o HT implantou o Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Humano, que assumiu a administração de estágios curriculares e extracurriculares, de alunos proveniente de diversas instituições de ensino. O HT passou então a ser reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura e pelo Ministério da Saúde como “Hospital Auxiliar de Ensino”. Por estar cooperando com a formação de profissionais de Saúde passou a receber recursos adicionais para o seu custeio.

O convênio também teve impacto bastante positivo nas atividades de ensino e pesquisa, propiciando ao HT estar em permanente evolução, em sintonia com os novos conhecimentos científicos e com as novas técnicas de cada especialidade.

A participação da FUNPAR no convênio proporciona autonomia e flexibilidade Administrativa para a vinculação de pessoas, aquisição de insumos e equipamentos, realização de contratos e ações de manutenção em geral.

Com os recursos administrados pela FUNPAR, oriundos do faturamento do SUS, do Fundo de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde (FIDEPS) e aos subsídios pela Secretaria de Estado do Paraná, foi possível a realização de melhorias na estrutura física e a aquisição de equipamentos para o Hospital.

Atualmente o HT conta com 1392 colaboradores entre funcionários de vários vínculos, servidores estaduais, municipais e federais, funcionários celetistas (FUNPAR), cooperativas de médicos de várias especialidades, de anestesistas, de radiologistas, de fisioterapeutas, além dos serviços terceirizados de Higienização e Vigilância e voluntários.

Os clientes do Hospital do Trabalhador são essencialmente oriundos do Sistema Único de Saúde (SUS), a porta de entrada das especialidades é via rede municipal de Unidades de Saúde (U.S.), Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

O Hospital do Trabalhador como Pronto Socorro e campo de ensino concorre diretamente com os Hospitais Cajual e Evangélico, porém com o diferencial que o HT não atende convênios ou pacientes particulares.

O conselho Diretor é composto por representantes das entidades que participam do convênio, ou seja, Secretaria do Estado da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Universidade Federal do Paraná e a FUNPAR.

As reuniões do Conselho Diretor acontecem mensalmente com agenda pré-estabelecida, com pautas pontuais, prestação de contas, projetos e diretrizes. As tomadas de decisões que definem os rumos do Hospital são encaminhadas através deste conselho.

As reuniões gerenciais ocorrem todas as quintas-feiras no Centro de Estudos do Hospital e dela participam os Diretores, o Chefe do Corpo Clínico e os Gerentes de todas as áreas.

Nestas reuniões são repassadas as informações das decisões deliberadas pelo Conselho Diretor e Diretoria e os aspectos relevantes ao funcionamento do Hospital. Os gerentes trocam informações, expõem suas dificuldades, apresentam projetos da área que gerenciam e trazem informações dos liderados.

Os funcionários recebem informações sobre projetos de melhoria através de cartazes ou banners nos locais de acesso. Contam ainda, com a Intranet através da qual os funcionários do Hospital têm acesso a todas as informações sobre projetos, realizações, eventos e estatísticas, e reuniões setoriais.

Os valores da Instituição, como o atendimento com qualidade, o comprometimento com a excelência e promoção do comportamento ético, estão disseminados no Hospital.

4.1.3 Missão Institucional

“Contribuir para a qualidade de vida do Cidadão e da Comunidade, desenvolvendo em nível de excelência, ações de saúde voltadas à prevenção, a assistência, e reabilitação, ensino e pesquisa, nas áreas de trauma e emergência, saúde do trabalhador, materno infantil e infectologia”.

4.2 ANÁLISE DOS DADOS

4.2.1 Características sócio-demográficas

Dos profissionais da enfermagem que participaram deste estudo, conforme tabela 1, houve prevalência do sexo feminino (76,3%) para (23,7%) do sexo masculino.

Os dados relativos à variável idade foram organizados em termos de faixa etária, com predomínio no geral de 20 a 29 anos (47,4%).

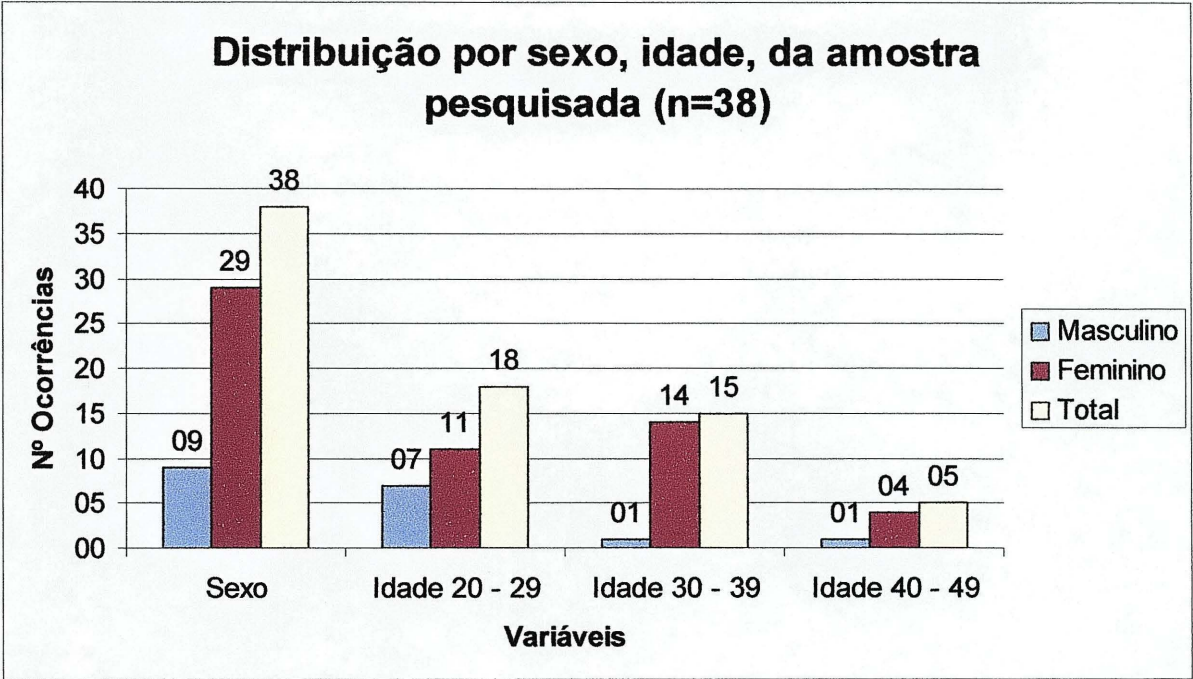
Se separados por gênero, teremos o predomínio do sexo feminino na faixa etária de 30 a 39 anos.

TABELA 1- DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL POR SEXO, IDADE, DA AMOSTRA PESQUISADA (N=38)

Variáveis		Ocorrência	%
Sexo	Feminino	29	76,32%
	Masculino	09	23,68%
	Total	38	100,00%
Idade (faixa etária)	20 - 29	18	47,37%
	30 - 39	15	39,47%
	40 - 49	05	13,16%
	Total	38	100,00%
Faixa Etária por Sexo	Feminino	29	100,00%
	20 - 29	11	37,93%
	30 - 39	14	48,28%
	40 - 49	04	13,79%
	Masculino	09	100,00%
	20 - 29	07	77,78%
	30 - 39	01	11,11%
	40 - 49	01	11,11%
	Total	38	

Fonte: (TABORDA e RODRIGUES, 2007)

GRÁFICO 1- DISTRIBUIÇÃO POR SEXO, IDADE, DA AMOSTRA PESQUISADA



Fonte: (TABORDA e RODRIGUES, 2007)

4.2.2 Considerações Iniciais Sobre o Teste MBI

Os dados coletados foram digitados estruturados em tabelas e gráficos, com a finalidade de estudar as variáveis estabelecidas para a pesquisa, em função das características sócio demográficas e dos resultados obtidos nas dimensões que compõem a Síndrome de *Burnout* – EE, DE e RP¹.

Com relação às dimensões que compõem a síndrome, o manual do MBI traz como princípio para diagnóstico do *Burnout* a obtenção de classificação alta para EE (ESGOTAMENTO EMOCIONAL Q1, Q2, Q3, Q6, Q8, Q13,Q14,Q16, Q20) e DE (DESPERSONALIZAÇÃO Q5, Q10, Q11, Q15, Q22) e classificação baixa para RP (REALIZAÇÃO PROFISSIONAL, Q4, Q7, Q9, Q12, Q17, Q18, Q19, Q21).

Pontuações de média em todas as três subescalas indicam um grau comum de *Burnout* (GIL MONTE, 2001). Um grau baixo de *Burnout* é indicado através de

¹ EE: ESGOTAMENTO EMOCIONAL
DE: DESPERSONALIZAÇÃO
RP: REALIZAÇÃO PROFISSIONAL

baixas pontuações nas subescalas de Esgotamento Emocional e de Despersonalização, e uma alta pontuação na subsecala de Realização Profissional.

Utilizado como referência de valores os resultados dos estudos desenvolvidos pelo GEPEB (Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Estresse e Burnout) apresentado no Quadro 1.

QUADRO 1- VALORES DA ESCALA DO MBI DESENVOLVIDOS PELO GEPEB.

Dimensões			Pontos de Corte
EE	DE	RP	
26 ou superior	9 ou superior	33 ou inferior	Alto
16 a 25	3 a 8	34 a 42	Médio
15	2	43 ou superior	Baixo

Legenda: EE=Exaustão Emocional; DE= Despersonalização; RP= Realização Profissional.

(Fonte: BENEVIDES PEREIRA, 2002).

4.2.3 Apresentação e análise dos resultados do MBI

Os resultados apresentados no Quadro 1, nos permitem uma análise dos dados obtidos na amostra pesquisada e apresentada na tabela 2.

TABELA 2- RESULTADOS OBTIDOS NAS DIMENSÕES EXAUSTÃO EMOCIONAL, DESPERSONALIZAÇÃO E REALIZAÇÃO PROFISSIONAL NA AMOSTRA PESQUISADA (N=38)

Sujeitos			Dimensões		
Número	Sexo	Idade	EE	DE	RP
01	F	37	13	08	25
02	F	43	15	10	46
03	F	28	09	07	41
04	M	21	31	18	45
05	F	33	28	09	40
06	F	42	09	03	45
07	F	39	05	05	41
08	F	30	16	05	45
09	M	48	00	00	41
10	F	42	00	00	48
11	F	26	36	22	33
12	F	33	13	03	42
13	M	38	14	00	29
14	F	35	34	07	43
15	F	31	10	02	42
16	F	37	30	03	39
17	F	40	00	00	38
18	M	23	18	11	36
19	F	26	07	04	43
20	M	27	32	20	32
21	F	26	05	00	47
22	F	37	16	02	40
23	F	26	41	08	28
24	M	28	20	05	37
25	F	32	28	07	30
26	F	35	19	03	34
27	F	22	17	12	40
28	F	28	04	00	48
29	F	32	03	00	47
30	F	24	22	12	36
31	M	27	13	08	25
32	F	38	28	09	40
33	F	25	14	00	29
34	F	28	00	00	41
35	F	24	07	04	43
36	M	22	20	05	37
37	F	32	17	12	40
38	M	28	00	00	48

Legenda: EE=Exaustão Emocional; DE= Despersonalização; RP= Realização Profissional

Fonte: (TABORDA e RODRIGUES, 2007)

Na tabela 2 destacamos a manifestação de *Burnout* em 3 profissionais (7,9%) que participaram da pesquisa, por apresentarem índices altos nos três fatores da síndrome. Na análise foram considerados os resultados obtidos nas pontuações alta para EE, acima de 26 pontos, e superiores a 9 em DE, e inferiores a 33 em RP. Sendo que destes, 2 profissionais são do sexo feminino e 1 do sexo masculino.

Isoladamente pode-se observar em alguns profissionais altas pontuações em EE exaustão emocional, e outras em DE despersonalização, mas que na análise em conjunto com as pontuações em RP realização profissional, não caracterizam o *Burnout*.

Exaustão Emocional

A dimensão da exaustão representa o componente básico de estresse individual no burnout. Refere-se às sensações de estar além de suas capacidades e exaurido de recursos emocionais e físicos. As principais fontes desta exaustão são a sobrecarga de trabalho e o conflito pessoal.

TABELA 3- ANÁLISE DE DADOS DE EXAUSTÃO EMOCIONAL

EE	Pontos de Corte	Amostras
26 ou superior	Alto	9
16 a 25	Médio	9
15 ou inferior	Baixo	20
Total	Total	38

Fonte: (TABORDA e RODRIGUES, 2007)

GRÁFICO 2- EXAUSTÃO EMOCIONAL



Fonte: (TABORDA e RODRIGUES, 2007)

Despersonalização

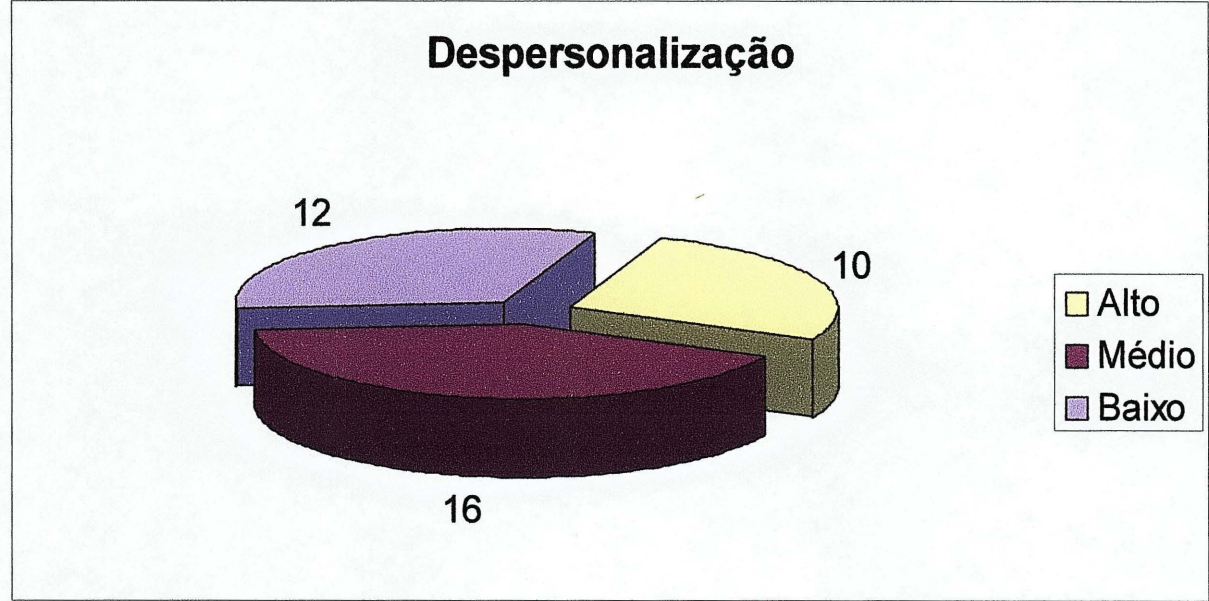
A dimensão do ceticismo representa o componente do contexto interpessoal do burnout. Refere-se à reação negativa, indiferente ou excessivamente distanciada a diversos aspectos do trabalho. Geralmente desenvolve-se em resposta à sobrecarga de exaustão emocional, sendo inicialmente autoprotetora, um amortecedor emocional de “preocupação desligada”. Mas o risco é que este desligamento possa resultar na perda do idealismo e na desumanização dos outros.

TABELA 4- ANÁLISE DE DADOS DE DESPERSONALIZAÇÃO

DE	Pontos de Corte	Amostras
9 ou superior	Alto	10
3 a 8	Médio	16
2 ou inferior	Baixo	12
Total		38

Fonte: (TABORDA e RODRIGUES, 2007)

GRÁFICO 3- DESPERSONALIZAÇÃO



Fonte: (TABORDA e RODRIGUES, 2007)

Realização profissional

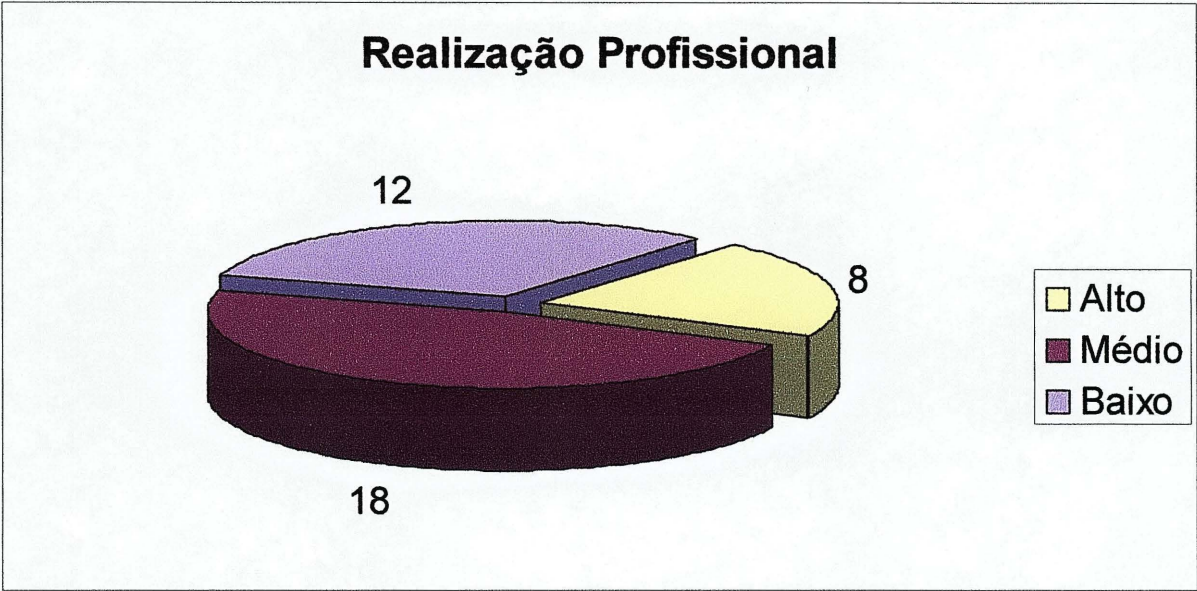
A dimensão da ineficácia representa o componente de auto-avaliação do *Burnout*. Refere-se às sensações de incompetência e a uma falta de realização e produtividade no trabalho. Esta sensação diminuída de auto-eficácia é exacerbada por uma falta de recursos no trabalho, e também por uma falta de apoio social e de oportunidades para o desenvolvimento profissional.

TABELA 5- ANÁLISE DE DADOS DE REALIZAÇÃO PROFISSIONAL

RP	Pontos de Corte	Amostras
33 ou inferior	Alto	8
34 a 42	Médio	18
43 ou superior	Baixo	12
Total		38

Fonte: (TABORDA e RODRIGUES, 2007)

GRÁFICO 4- REALIZAÇÃO PROFISSIONAL



Fonte: (TABORDA e RODRIGUES, 2007)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou que 3 profissionais (7,9%) dos 38 pesquisados, apresentaram índices compatíveis, nos três fatores da síndrome, caracterizando o *Burnout*, 2 profissionais do sexo feminino e 1 do sexo masculino.

Em relação à variável idade, confirmou-se a incidência de *Burnout* em profissionais que ainda não atingiram os 30 anos.

Com relação ao gênero, não tem ocorrido unanimidade quanto à possibilidade de maior incidência no sexo masculino ou feminino, o que se confirma na população estudada, predominantemente feminina (76,3%) contra (23,7%) masculina, ocorrendo a incidência em ambos os sexos.

Se considerada a média dos fatores Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Profissional, podemos observar que não existe incidência do *Burnout* em (92,1%) da população pesquisada.

Em relação à natureza das atividades desenvolvidas em um pronto socorro, que são marcadas habitualmente por situações , onde estão presentes ao mesmo tempo a dor, a urgência e a complexidade, e que é preciso além da qualificação técnica, equilíbrio emocional, para conviver diariamente com todas as adversidades , pode-se observar que os profissionais da enfermagem , que atuam no Pronto Socorro do Hospital do Trabalhador, estão preparados para enfrentar estes desafios, sem que os agentes estressores que fazem parte do trabalho os tornem vítimas da Síndrome de *Burnout*.

Como não há um consenso entre os pesquisadores do tema, quanto aos graus apresentados nas dimensões e a incidência de *Burnout*, nem em relação à ordem de aparecimento dos sintomas, nem quanto à necessidade da presença das três dimensões para caracterizar a síndrome, medidas preventivas devem se adotadas pela organização, para melhorar a da qualidade de vida no ambiente de trabalho, garantindo assim maior produtividade aliada à saúde dos profissionais.

RECOMENDAÇÕES

- o estudo poderá ser complementado, com o incremento de outras variáveis, como tempo de profissão, total de horas trabalhadas e sintomas físicos, para um diagnóstico mais apurado.
- a pesquisa poderá ser realizada com profissionais de enfermagem de outros setores, como UTI geral, UTI neo/natal, clínica cirúrgica, maternidade e pediatria, locais de fluxo diferente do Pronto Socorro, para que os resultados possam ser comparados.

As intervenções e os programas preventivos enfatizam três níveis: programas centrados na resposta do indivíduo, no contexto ocupacional e na interação do contexto ocupacional e o indivíduo.

Como sugestão de medidas preventivas, adotar carga de trabalho sustentável, evitando as horas extras e dobras de plantão, além de turnos rotativos, investimentos no aperfeiçoamento profissional e pessoal, proporcionando aos profissionais da área da saúde, políticas de enfrentamento do estresse, para garantir um perfeito equilíbrio físico e mental, para o desenvolvimento pessoal e das atividades laborais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T.- O Estado da Arte do Burnout no Brasil. **Revista Eletrônica Interação Psy-** Ano 1, n.1,2003.

FORMIGHIERI, V. J. **Burnout em fisioterapeutas**. Florianópolis, 2003. Dissertação de Mestrado Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em <teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/10119.pdf>. Acesso em 23 fev. 2007.

<http://www2.uel.br/ccb/psicologia/revista/textov2n15.htm> **Burnout:** um desafio à saúde do trabalhador. Acesso em 26/03/2007

LIMA, F.D.. **Características da incidência de Burnout em pediatrias de uma Organização Hospitalar Pública**. Florianópolis, 2004. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em <http://www.tede.ufsc.br/teses/PPSI0135.pdf>. Acesso em 23 fev. 2007

MASLACH, C. & LEITER, M.P. **Trabalho: fonte de prazer ou desgaste?** Campinas: Papirus, 1999.

MOROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S.S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre Estresse e Burnout e a Relação com a Enfermagem. **Revista Latino-am Enfermagem**. São Paulo, 13(2), p.255-261, março/abril 2005.

ANEXOS

ANEXO1- MBI**DADOS PESSOAIS:**

Sexo: M [] F []

Idade: _____ anos

MUITO OBRIGADA POR SUA COLABORAÇÃO

Por favor, leia atentamente cada um dos itens a seguir e responda se já experimentou o que é relatado, em relação a seu trabalho. Caso nunca tenha tido tal sentimento, responda “0” (zero) na coluna ao lado. Em caso afirmativo, indique a frequência (1 a 6) que descreveria melhor seus sentimentos, conforme a descrição abaixo:

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Algumas vezes ao ano ou menos	Uma vez ao mês ou menos	Algumas vezes durante o mês	Uma vez por semana	Algumas vezes durante a semana	Todo dia

1. Sinto-me esgotada emocionalmente por meu trabalho	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
2. Sinto-me esgotado/a ao final de um dia de trabalho	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
3. Sinto-me cansado/a quando me levanto pela manhã e preciso encarar outro dia de trabalho.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
4. Posso entender com facilidade o que sentem os pacientes	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
5. Creio que trato alguns pacientes como se fossem objetos impessoais	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
6. Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
7. Lido de forma eficaz com os problemas dos pacientes	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
8. Meu trabalho me deixa exausto/a	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
9. Sinto que influencio positivamente a vida de outros através do meu trabalho.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
10. Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
11. Preocupa-me o fato que este trabalho esteja-me endurecendo emocionalmente.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
12. Sinto-me com muita vitalidade.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
13. Sinto-me frustrado/a com meu trabalho.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
14. Sinto que estou trabalhando demais.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
15. Não me preocupo realmente com o que ocorre com alguns pacientes que atendo.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
16. Trabalhar diretamente com pessoas me causa estresse.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
17. Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para os meus pacientes.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
18. Sinto-me estimulado/a depois de trabalhar em contato com os pacientes.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
19. Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
20. Sinto que atingi o limite das minhas possibilidades.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
21. Sinto que sei tratar de forma adequada os problemas emocionais no meu trabalho.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
22. Sinto que os pacientes me culpam por alguns de seus problemas.	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)